

Perfectionisme en eetstoornissen

Een kritische analyse van het begrip perfectionisme in relatie tot eetstoornissen

A critical analysis of the perfectionism construct in relation to eating disorders

Liesbet Boone

Bart Soenens

Caroline Braet

Universiteit Gent

Correspondentie betreffende dit artikel kan gestuurd worden naar Liesbet Boone, Ugent, Vakgroep ontwikkelings-, persoonlijkheids-, en sociale psychologie, Henri Dunantlaan 2, B-9000 Gent. E-mail: liesbet.boone@ugent.be

Opmerking. De eerste auteur is aspirant bij het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek - Vlaanderen (FWO).

Samenvatting

Klinische ervaring en onderzoek wijzen op een sterke relatie tussen perfectionisme en eetstoornissen. De visie op perfectionisme wijzigde door de jaren heen, gaande van een inherent negatief en intrapersoonlijk kenmerk naar een multidimensionale opvatting waarbij perfectionisme gezien wordt als een construct met meerdere facetten, waaronder niet alleen maladaptieve maar ook relatief adaptieve kenmerken. In deze bijdrage wordt vanuit een conceptuele invalshoek een overzicht gegeven van de literatuur over perfectionisme en eetstoornissen. Dit overzicht suggereert dat, hoewel zowel adaptief als maladaptief perfectionisme een rol spelen in eetstoornissen, de effecten van maladaptief perfectionisme consistent en meer uitgesproken zijn dan de effecten van adaptief perfectionisme. We bespreken een aantal kritische punten en problemen in onderzoek naar perfectionisme en eetstoornissen en geven een overzicht van behandelingen voor perfectionisme in de context van eetstoornissen.

Abstract

Clinical experience and research established a strong relationship between perfectionism and eating disorders. The view on perfectionism has changed substantially during the last decades, such that it was first considered a unidimensional and pathological intrapersonal feature and was later considered from a multidimensional perspective. The latter approach distinguished between maladaptive and relatively more adaptive features of, perfectionism. In this review article, we provide an empirical overview of research on the role of perfectionism in eating disorders from a conceptual perspective. This overview suggests that, although both adaptive and maladaptive perfectionism are involved in eating disorders, the effects of maladaptive perfectionism are more consistent and pronounced than the effects of adaptive perfectionism. We provide some critical notes and identify some problems in extant perfectionism research and review existing treatments of perfectionism within the context of eating disorders.

Perfectionistisch denken en handelen zijn sterk verweven met de kernsymptomen van eetstoornissen (Goldner, Cockell, & Srikameswaran, 2002). Zowel klinisch onderzoek als vragenlijstonderzoek ondersteunen de bevinding dat perfectionisme sterker aanwezig is bij anorexia nervosa en (minder duidelijk) bulimia nervosa dan bij personen zonder eetstoornis of andere psychiatrische groepen (bijv. Pike et al., 2008). Ook na herstel van de eetstoornis blijkt perfectionisme nog verhoogd aanwezig te zijn in vergelijking met mensen die nooit met een eetstoornis te kampen hadden (Bastiani, Rao, Welzin, & Kaye, 1995; Halmi et al., 2000).

Gegeven de evidentie voor een systematisch verband tussen perfectionisme en eetstoornissen, wordt perfectionisme meer en meer beschouwd als een mogelijke causale factor in de ontwikkeling en instandhouding van eetstoornissen. (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003; Stice, 2002). Volgens anderen bestaat er evenwel nog onvoldoende duidelijkheid omtrent zowel de causale status van perfectionisme als kwetsbaarheidfactor voor eetstoornissen (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004) als omtrent de achterliggende mechanismen van de relatie perfectionisme-eetstoornissen (Bardone-Cone et al., 2007).

Eén reden waarom inzichten in de dynamiek tussen perfectionisme en eetstoornissen tot op heden beperkt zijn gebleven is dat de exponentiële toename in gedegen empirisch onderzoek naar de link tussen perfectionisme en eetstoornissen niet hand in hand is gegaan met een toename in conceptuele precisie in het definiëren van perfectionisme. Over de jaren heen werden verschillende visies op perfectionisme ontwikkeld en deze diversificatie in conceptualisatie en operationalisatie bemoeilijken de interpretatie, vergelijking, en conclusies over onderzoeken heen. In de literatuur over perfectionisme is momenteel een levendige discussie aan de gang over de vraag wat de kern van perfectionisme nu precies is (zie o.a. Dunkley, Blankstein, Masheb, & Grilo, 2006) en meer bepaald over de relevantie van een onderscheid tussen adaptief en maladaptief perfectionisme (zie Flett & Hewitt, 2002).

Conceptuele en Operationele Analyse van Perfectionisme

De conceptualisering van perfectionisme heeft door de tijd heen een slingerbeweging gemaakt. Aanvankelijk beschouwde men perfectionisme als een strikt maladaptief en unidimensionaal kenmerk, terwijl later een multidimensionale benadering

ontstond. Deze visie stelt dat het construct enerzijds *meerdere facetten* omvat (d.i. intra- en interpersoonlijke kenmerken) en anderzijds zowel *adaptieve als maladaptieve componenten* omvat. Na deze verbreding van het construct kwam er recent – vooral uit klinische hoek – een derde beweging op gang, die een terugkeer naar een unidimensionale kijk op perfectionisme bepleit.

De Unidimensionale Visie

Initiële klinische beschrijvingen van het begrip perfectionisme (Burns, 1980; Pacht, 1984) focusten zich vooral op de pathologische aspecten van dit persoonlijkheidskenmerk. In deze unidimensionale beschrijvingen werden perfectionisten omschreven als individuen die excessief hoge standaarden stellen voor zichzelf en hun zelfwaardegevoel afhankelijk maken van het al dan niet bereiken van deze hoge standaarden.

Vanuit de unidimensionale benadering ontwikkelden enkele onderzoekers meetinstrumenten om het construct perfectionisme te meten. Eén van de pioniers op dit vlak was Burns (1980), die de 'Burns Perfectionism Scale' (BPS, Burns, 1980) ontwikkelde om perfectionisme te meten bij depressieve patiënten. Deze schaal kent een matige betrouwbaarheid en validiteit (zie Enns & Cox, 2002) en werd weinig gebruikt in klinisch onderzoek. Een frequenter gebruikt instrument om perfectionisme te meten, is de subschaal perfectionisme uit de Eating Disorder Inventory-II (EDI-II, Garner, Olmsted, & Polivy, 1983). De interne consistentie, validiteit, en test-hertestbetrouwbaarheid zijn overtuigend aangetoond (Garner et al., 1983; Enns & Cox, 2002).

De Multidimensionale Visie

Hamachek (1978) was de eerste die perfectionisme niet als een noodzakelijk maladaptief of neurotisch gegeven beschouwde, maar daarentegen ook een mogelijk adaptieve of normale vorm van perfectionisme onderscheidde. Hamachek (1978) omschreef '*normale perfectionisten*' als individuen die zich hoge standaarden vooropstellen en plezier scheppen in het leveren van inspanningen en hierbij voldoening ervaren, ook al is de prestatie niet perfect. 'Neurotische perfectionisten' daarentegen streven wel steeds de absolute perfectie na, ervaren nooit echte voldoening, achten fouten onaanvaardbaar, en hebben steeds het gevoel hebben dat men nog beter moet presteren (Hamachek, 1978). Het idee dat perfectionisme ook adaptief kan zijn wordt

weerspiegeld in de stelling van Frost, Marten, Lahart, en Rosenblate (1990) dat “the setting of and striving for high standards is certainly not in and of itself pathological” (p. 450).

Naast Frost en collega's (1990) waren ook Hewitt en Flett (1991) van mening dat een multidimensionale benadering het begrip perfectionisme beter zou representeren dan een unidimensionale benadering. Zij stelden dat perfectionisme naast intrapersonlijke componenten (d.i. het stellen van hoge standaarden voor zichzelf), ook interpersoonlijke en sociale aspecten omvat. Deze interpersoonlijke aspecten zijn (a) het idee dat anderen hoge standaarden stellen waar je als persoon dient aan te voldoen en (b) de neiging om zelf hoge verwachtingen voorop te stellen voor anderen.

In de jaren '90 vond de multidimensionale visie op perfectionisme ingang binnen empirisch onderzoek en leidde tot de ontwikkeling van diverse multidimensionale meetinstrumenten (Frost et al., 1990, Hewitt & Flett, 1991; Slaney, Rice, Mobley, Trippi, & Ashby, 2001). De Almost Perfect Scale-Revised (APS-R; Slaney et al., 2001) omvat drie subschalen en werd expliciet ontwikkeld om positieve en negatieve aspecten van perfectionisme afzonderlijk te meten. ‘*High standards*’ (hoge standaarden) en ‘*Orderliness*’ (orde) representeren de subschalen voor adaptief perfectionisme, terwijl ‘*discrepancy*’ het maladaptieve aspect van perfectionisme meet, namelijk het verschil tussen de ideale standaarden die men zichzelf vooropstelt en de feitelijke prestatie.

De Frost et al. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-F; Frost et al., 1990) bevat zes schalen, met name, ‘*personal standards*’ (het stellen van hoge standaarden), ‘*concern over mistakes*’ (bezorgdheid over het maken van fouten), ‘*doubts about actions*’ (twijfel over de kwaliteit van een prestatie), ‘*parental expectations*’ (ouderlijke verwachtingen), ‘*parental criticism*’ (ouderlijke kritiek), en ‘*organization*’ (precisie, orde en organisatie).

De Hewitt en Flett Multidimensional Perfectionism Scale (MPS-H&F; Hewitt & Flett, 1991) bevat drie schalen die persoonlijke en sociale componenten van perfectionisme meten: ‘Op zichzelf georiënteerd perfectionisme’ (‘*self-oriented perfectionism*’), ander-georiënteerd Perfectionisme (‘*other-oriented perfectionism*’), en sociaal voorgeschreven perfectionisme (‘*socially prescribed perfectionism*’). De eerste

component representeert de intrapersonlijke dimensie, de twee laatste de interpersoonlijke dimensies van perfectionisme.

Frost, Heimberg, Holt, Mattia, en Neubauer (1993) onderzochten aan de hand van factoranalyse in een studentenpopulatie de relatie tussen de MPS-F en MPS-H&F, die momenteel beschouwd worden als de belangrijkste multidimensionale metingen van perfectionisme. Ze vonden evidentie voor een onderscheid tussen twee hogere-orde factoren (zie Tabel 1) die, in navolging van Hamachek's onderscheid tussen normaal en neurotisch perfectionisme, 'positive achievement strivings perfectionism' (positief streven perfectionisme) en 'maladaptive evaluation concerns perfectionism' (negatief zelfevaluatief perfectionisme) werden genoemd.

Tabel 1

De tweefactorenstructuur van perfectionisme: Negatieve zelfevaluatie (maladaptief perfectionisme) en positief streven (adaptief perfectionisme) in relatie tot de MPS Frost et al. (MPS-F, 1990) en MPS Hewitt en Flett (MPS-H&F, 1991).

Factoranalytische componenten (Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993)	Subschalen van de MPS Frost et al. (1990)	Subschalen van de MPS Hewitt & Flett (1991)
Negatieve zelfevaluatie (Maladaptief perfectionisme)	Zorgen over fouten, twijfel over prestaties Ouderlijke kritiek, Ouderlijke verwachtingen	Sociaal voorgeschreven perfectionisme
Positief streven (Adaptief perfectionism)	Persoonlijke standaarden, Organisatie	Zelf-georiënteerd perfectionisme Ander-georiënteerd perfectionisme

Deze tweefactoren structuur werd in later onderzoek, ook aan de hand van de APS-R, consistent gerepliceerd in diverse populaties (bv. Rice, Ashby, & Slaney, 1998). Onderzoekers gaven de twee dimensies diverse benamingen [bv. 'adaptive' versus 'maladaptive perfectionism' (Rice et al., 1998), 'personal standards' versus 'evaluative concerns perfectionism' (Dunkley et al., 2006), wat vergelijkbaarheid en communicatie over studies heen bemoeilijkt. In dit artikel hanteren we de termen adaptief en maladaptief perfectionisme omdat deze het vaakst worden gebruikt in de literatuur.

Onderzoek wijst verder uit dat beide factoren differentiële relaties vertonen met algemene psychopathologie. Zo werd vastgesteld dat de factor adaptief perfectionisme minder sterk gerelateerd is aan psychopathologie (bijv. angst, depressie, negatief affect) dan de maladaptieve component (Frost et al., 1993). Uitgezuiverd voor de overlap met maladaptief perfectionisme, vertoont adaptief perfectionisme geen of zelfs eerder een negatief verband met symptomen van psychopathologie (Stoeber & Otto, 2006).

Terugkeer naar een Unidimensionale Benadering van Perfectionisme?

Ondanks de empirische evidentie voor het onderscheid adaptief versus maladaptief perfectionisme, zien we recent een nieuwe wending in de visie op perfectionisme waarbij de multidimensionaliteit van perfectionisme opnieuw ter discussie wordt gesteld. Shafran, Cooper, en Fairburn (2002) pleitten voor een terugkeer naar een unidimensionele visie en introduceerden meer bepaald het concept “klinisch perfectionisme”, dat ze definieerden als: “The overdependence of self-evaluation on the determined pursuit of personally demanding, self-imposed standards in at least one highly salient domain, despite the occurrence of adverse consequences (p. 778)”. Concreet stellen zij dat de kern van het ‘klinisch perfectionisme’ gelegen is in de combinatie van (a) het nastreven van vanuit zichzelf opgelegde persoonlijke standaarden, en (b) een oriëntatie waarbij de zelfwaarde van mensen hoofdzakelijk afhankelijk is van het al dan niet bereiken van die vooropgestelde standaarden. Het is opvallend dat deze definitie van klinisch perfectionisme sterk aansluit bij de originele unidimensionale definities van pioniers zoals Burns en Pacht.

Het Verband Perfectionisme-Eetstoornissen, Bekeken Vanuit een Conceptuele Lens

Tegen de achtergrond van het conceptuele debat over de unidimensionele dan wel multidimensionale aard van het begrip perfectionisme willen we hier een overzicht bieden van studies over het verband tussen perfectionisme en eetstoornissen. We vertrekken hierbij vanuit de hierboven geschetste conceptuele visies op perfectionisme en stellen ons specifiek de vraag of onderzoek evidentie biedt voor een onderscheid tussen adaptief en maladaptief perfectionisme.

Onderzoek aan de hand van Unidimensionale Meetinstrumenten bij Eetstoornissen

In het onderzoek naar de relatie perfectionisme-eetstoornissen werd initieel vooral gebruik gemaakt van unidimensionale perfectionismemetingen zoals de Eating

Disorder Inventory- Perfectionisme schaal (EDI-II-P; Garner, Olmstead, & Polivy, 1983). De originele validatiestudies van de EDI-Perfectionisme schaal gaven aan dat patiënten met anorexia nervosa significant hogere scores behaalden dan controlegroepen van zowel gezonde mensen als herstelde eetstoornispatiënten en diverse andere studies bevestigden deze bevindingen (bijv. Bastiani et al., 1995). Andere studies vonden dat ook patiënten met bulimia nervosa hoger scoren op EDI-Perfectionisme dan normale controlegroepen (bv. Lilenfeld et al., 2000). Een beperkter aantal studies vond daarentegen geen verhoogde EDI-Perfectionisme scores bij eetstoornispatiënten (bv. Bizeul, Brun, & Rigaud, 2003).

Ook na herstel van een eetstoornis blijken EDI-Perfectionisme scores verhoogd te zijn ten opzichte van normale controlegroepen (bijv. Bastiani et al., 1995). Hoewel een 'recovery design' geen sluitend design is om predisponerende factoren te onderzoeken, suggereren andere bevindingen dat perfectionisme niet enkel als een correlaat of gevolg van een eetstoornis moet beschouwd worden maar misschien eerder een functie als kwetsbaarheidfactor lijkt te hebben. Diverse longitudinale studies toonden bijvoorbeeld aan dat initieel perfectionisme, mogelijks in interactie met andere risicofactoren (zoals zelfbeeld en lichaamsontevredenheid), de aanvang van boulimische pathologie voorspelde (Killen et al., 1994; Stice, 2002).

Adaptief versus Maladaptief Perfectionisme in Relatie tot Eetstoornissen

De kernvraag van dit overzicht is of het onderscheid tussen adaptief en maladaptief perfectionisme relevant is in relatie met eetstoornissen. Enigszins tegen de verwachtingen in, tonen diverse studies aan dat eetstoornispatiënten hoger scoren op zowel adaptief als maladaptief perfectionisme in vergelijking met een gezonde controlegroep of een psychiatrische groep. Dit geldt zowel voor patiënten met anorexia nervosa (Bastiani et al., 1995), als voor patiënten met bulimia nervosa (Lilenfeld et al., 2000). Onderzoek toont eveneens aan dat beide perfectionisme componenten ook bij het einde van de behandeling verhoogd zijn in vergelijking met een gezonde controlegroep (Soenens, Nevelsteen, & Vandereycken, 2007).

Andere studies daarentegen vonden enkel evidentie voor een verband tussen maladaptief perfectionisme en eetstoornissen. Bulik et al. (2003), bijvoorbeeld, vonden dat maladaptief perfectionisme (en niet adaptief perfectionisme) geassocieerd was met

een verhoogde kans op eetstoornissen in vergelijking met diverse andere psychiatrische aandoeningen. Ook Soenens et al. (2008) vonden dat enkel maladaptief perfectionisme (en niet adaptief perfectionisme) een consistent verband vertoont met eetstoornissymptomen in zowel een niet-klinische steekproef als in een steekproef van eetstoornispatiënten.

Concluderend kunnen we stellen dat er overtuigende evidentie bestaat dat eetstoornissen gerelateerd zijn aan maladaptief perfectionisme. In sommige studies wordt ook een verband met adaptief perfectionisme gevonden, maar dit verband blijkt minder systematisch en consistent.

Evidentie voor een Terugkeer naar Unidimensionaal Perfectionisme?

Zoals eerder besproken beargumenteren Shafran et al. (2002) een terugkeer naar een unidimensionale, maladaptieve benadering van het concept perfectionisme. Shafran et al. (2002) beargumenteren deze terugkeer vooral vanuit klinische en minder vanuit empirische hoek. Aansluitend bij hun definitie van het concept 'klinisch perfectionisme' ontwikkelde de onderzoeksgroep van Shafran een eigen meetinstrument, de 'Clinical Perfectionism Questionnaire' (CPQ). Preliminair onderzoek wijst op een goede betrouwbaarheid en validiteit (Riley & Shafran, 2005).

Shafran, Lee, Payne, en Fairburn (2006) gebruikten deze vragenlijst binnen een experimentele studie, waarbij ze de invloed van persoonlijke standaarden op eetgerelateerde attitudes en gedragingen nagingen. Personen binnen de perfectionistische conditie (die gevraagd werden om gedurende een volledige dag hoge standaarden na te streven) rapporteerden in de 24 uur na de manipulatie meer klinisch perfectionistische handelingen en cognities zoals gemeten met de CPQ, wat aangeeft dat perfectionisme experimenteel kan geactiveerd of geprimed worden. Eveneens bood deze experimentele inductie evidentie voor een invloed van perfectionisme op eetstoornisgerelateerde gedachten, gevoelens en gedragingen, hetgeen in de lijn ligt met de idee dat perfectionisme een antecedente of zelfs causale factor is in eetstoornissymptomen.

Kritische Bedenkingen en Suggesties voor Toekomstig Onderzoek

Uit de voorgaande conceptuele en empirische bespreking van perfectionisme blijkt dat de centrale vraag omtrent de relevantie van het onderscheid tussen adaptief versus

maladaptief perfectionisme in relatie tot eetstoornissen niet sluitend beantwoord kan worden. In wat volgt formuleren we een aantal kritische bedenkingen over problemen in het onderzoek die ons inziens ten grondslag kunnen liggen aan deze inconsistente bevindingen.

Operationeel

Op operationeel niveau stellen we vast dat de manier waarop men tot op heden de termen adaptief en maladaptief perfectionisme hanteert, grotendeels gedreven wordt door de meest gebruikte meetinstrumenten in de literatuur rond perfectionisme (Greenspon, 2000; Shafran & Mansell, 2001). Adaptief perfectionisme wordt hierbij gelijkgesteld aan persoonlijke standaarden (MPS-F) of zelf-georiënteerd perfectionisme (MPS-H&F). Maladaptief perfectionisme wordt vooral gerepresenteerd door zorgen over fouten en twijfels over prestaties (MPS-F) en door sociaal voorgeschreven perfectionisme (MPS-H&F). Een probleem bij deze benadering is dat de betekenis van het begrip perfectionisme en de onderliggende dimensies grotendeels gedreven worden door bevindingen met specifieke meetinstrumenten en in mindere mate door conceptuele overwegingen. Het gebrek aan conceptuele helderheid dat hieruit volgt wordt versterkt door het gegeven dat beide multidimensionale meetinstrumenten een aantal belangrijke tekortkomingen en onzuiverheden vertonen.

Ten eerste bevatten de items van de belangrijkste schalen voor *maladaptief perfectionisme* geen verwijzing naar het element 'hoge persoonlijke standaarden', dat nochtans als essentieel wordt gezien voor elke vorm van perfectionisme. Een probleem hierbij is dat een hoge score op maladaptief perfectionisme, gemeten en geanalyseerd aan de hand van de huidige MPS-schalen, ook kan betekenen dat iemand zichzelf louter in een negatief daglicht ziet zonder hoge standaarden na te streven en de vraag is of een dergelijke score nog een indicator van perfectionisme is.

Ten tweede kunnen bedenkingen geplaatst worden bij de metingen van *adaptief perfectionisme*. Nadere inspectie van de 'persoonlijke standaarden' schaal van de MPS-F en de 'zelf-georiënteerd perfectionisme' dimensie van de EDI-P geeft aan dat ze een aantal zelf-evaluatieve en -kritische items bevatten. Het probleem hierbij is dat elementen van negatieve zelfevaluatie (als kenmerk van maladaptief perfectionisme) vermengd zitten met de meting van persoonlijke standaarden (als kenmerk van adaptief

perfectionisme). Een voorbeeld-item uit de MPS-F die dit aantoont, is: “Als ik mezelf niet de hoogste normen voorschrijf, zal ik waarschijnlijk eindigen als een tweederangspersoon”. Deze verwarring in operationalisatie kan een verklaring bieden voor de gevonden positieve associaties tussen de ‘adaptieve’ vorm van perfectionisme en eetstoornissen. DiBartolo, Frost, Chang, LaSota, en Grills (2004) komen aan dit probleem tegemoet met de ontwikkeling van de ‘pure personal standards’ subschaal, waarbij ze twee divergente items van de personal standards subschaal van de MPS-F uitsloten. Ook de schaal ‘personal standards’ van de APS-R lijkt een meer zuivere maat voor het meten van adaptief perfectionisme.

Empirisch

Op empirisch vlak stellen we vast dat diverse statistische technieken gebruikt worden die elk specifieke beperkingen inhouden om de relatie perfectionisme-eetstoornissen duidelijk en sluitend in kaart te brengen. Sommige studies brengen adaptief en maladaptief perfectionisme afzonderlijk in verband met eetstoornissymptomen (bv. Bastiani et al., 1995) en deze studies stellen typisch vast dat zowel adaptief als maladaptief perfectionisme geassocieerd zijn met eetstoornissymptomen. Aan de hand van deze methode is het echter niet mogelijk om de relatieve bijdrage van beide componenten in de voorspelling van eetstoornissymptomen na te gaan. Daarom werden beide componenten in andere studies samen ingevoerd in de voorspelling van eetstoornissymptomen (bijvoorbeeld aan de hand van een regressie-analyse). Gebruikmakend van deze techniek zien we dat het effect van adaptief perfectionisme wegviel wanneer men controleerde voor de gedeelde variantie met maladaptief perfectionisme (Dunkley et al., 2006; Soenens et al., 2008). Deze methode vangt de lacunes van de eerste onderzoeksmethode deels op, maar anderzijds stellen we ons de vraag of de gevonden ‘unieke associaties’ tussen de dimensies van perfectionisme en eetstoornissen nog eenduidig kunnen geïnterpreteerd worden. Kunnen we bijvoorbeeld ‘het nastreven van persoonlijke standaarden’, statistisch uitgezuiverd voor de overlap met de maladaptieve facetten van perfectionisme, nog interpreteren als ‘perfectionisme’? Of wordt deze score eerder een indicator van gewetensvolheid (zie ook Flett & Hewitt, 2002)? Of omgekeerd: is een score voor negatieve zelfevaluaties, statistisch uitgezuiverd voor het nastreven van hoge standaarden, nog een indicator van

maladaptief perfectionisme, dan wel een weergave van een zelfdenigrerende houding zonder meer?

Om aan deze inconsistenties tegemoet te komen, menen wij dat een alternatieve statistische techniek zoals clusteranalyse een uitweg kan bieden (Boone, Soenens, Braet, & Goossens, 2010). Via deze persoon-gecentreerde methode worden natuurlijk voorkomende combinaties van persoonlijke standaarden en zelfkritische evaluaties binnen een individu in kaart gebracht. In plaats van beide componenten tegen elkaar uit te spelen krijgt men een beeld van de combinaties van beide vormen van perfectionisme die zich in het functioneren van individuen voordoen. In recent cluster-analytisch onderzoek werd gevonden dat de combinatie van persoonlijke standaarden (adaptief perfectionisme) en evaluatieve zorgen (maladaptief perfectionisme) het sterkst geassocieerd was met eetpathologie (Boone et al., 2010). Dit is een belangrijke bevinding, omdat dit suggereert dat de *combinatie* van persoonlijke standaarden en geassocieerde evaluatieve zorgen of zelfkritiek de kritische component is in de conceptualisatie van perfectionisme. Vervolgens bleek de cluster van adolescenten met enkel hoge niveaus van zelf-evaluatieve zorgen een hogere mate van eetpathologie te rapporteren dan de cluster van adolescenten die enkel hoge standaarden nastreven. Hetgeen aantoont dat het hebben van persoonlijke standaarden alleen minder nefast is dan een zelfkritische attitude waar men geen hoge standaarden nastreeft.

Ook onderzoek naar de dynamiek van perfectionisme binnen longitudinale designs is noodzakelijk. Wij stellen ons in bijzonder de vraag of het nastreven van hoge standaarden over verloop van tijd of onder bepaalde omstandigheden aanleiding geeft tot de ontwikkeling van zelfkritiek en maladaptief perfectionisme. Longitudinaal onderzoek kan ons meer inzichten geven in de dynamiek van perfectionisme (hoe beïnvloeden adaptief en maladaptief perfectionisme elkaar over de tijd heen?), en de invloed van perfectionisme op de ontwikkeling en instandhouding van eetstoornissen.

De rol van Perfectionisme in Therapie en Implicaties voor Behandeling

Hoewel onderzoek naar de relatie tussen perfectionisme en eetpathologie enige lacunes en inconsistenties vertoont (voornamelijk in verband met de rol van adaptief perfectionisme), toont dit onderzoek een consistente en systematische relatie aan tussen maladaptief perfectionisme en eetstoornissen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat

modellen voor de behandeling van perfectionisme zich voornamelijk op deze maladaptieve component van perfectionisme hebben gericht.

Fairburn en collega's (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003) bijvoorbeeld ontwikkelden een cognitief gedragstherapeutisch programma om zowel klinisch perfectionisme (wat grotendeels overlapt met maladaptief perfectionisme) als de daaraan gerelateerde eetstoornissymptomen te reduceren. De transdiagnostische CBT-E behandeling (in het Nederlands te vertalen als de 'uitgebreide cognitief gedragsmatige behandeling voor eetstoornissen') focust zich vooral op de rol van klinisch perfectionisme in het instandhouden van eetstoornissen en steunt op de basisprincipes van de cognitieve gedragstherapie ('*cognitive behavioural therapy*', CBT). In CBT focust men zich vooral op het identificeren van (disfunctionele) automatische gedachten en op het uitdagen en herstructureren van denkfouten in helpende gedachten (Beck, 1967). Er bestaat preliminaire evidentie voor de effectiviteit van algemene cognitieve interventies voor de reductie van perfectionisme (Amster & Klein, 2008; DiBartolo, Frost, Dixon, & Almodovar, 2001; Ferguson & Rodway, 1994; Flett & Hewitt, 2008), alsook voor de specifieke CBT-E behandeling bij eetstoornispatiënten (bijv. Fairburn et al., 2009; Riley, Lee, Cooper, Fairburn, & Shafran, 2007).

Een CBT-E behandeling is gericht op het hier en nu met aandacht voor perfectionisme als instandhoudende factor, maar schenkt relatief gezien minder aandacht aan ontwikkelingsprocessen die betrokken zijn in het tot stand komen van perfectionisme. Kennis van ontwikkelingsantecedenten van klinisch perfectionisme is nochtans belangrijk om de kwetsbaarheid van een patiënt voor herval in te schatten. Onderzoek toont inderdaad aan dat gezinsfunctioneren en opvoeding belangrijke factoren zijn in het ontstaan en instandhouden van perfectionisme (Soenens et al, 2008). Een model dat ontstaansmechanismen mee in rekening brengt en dat bijkomende therapeutische relevantie biedt, is de 'Schemagerichte Therapie' (Young, 1999). Binnen de schematheorie kunnen we perfectionisme zien als een uitingsvorm van disfunctionele schema's. Het ontwikkelen van een disfunctioneel schema kent zijn oorsprong in het gezinsklimaat waarin het kind opgroeide, en fungeert verder als blauwdruk voor interpretaties, voelen en (interpersoonlijk) handelen. Indien schema's disfunctioneel zijn, kunnen ze als (latente) factor een levenslange kwetsbaarheid vormen.

Tijdens schema-therapie is het belangrijk dat de cliënt inzicht krijgt in de oorsprong van de perfectionistische ingesteldheid en dysfunctionele schema's. Vervolgens worden de disfunctionele schema's via diverse cognitieve en experiëntiële technieken uitgedaagd en gedurende de therapie geleidelijk vervangen door helpende en meer evenwichtige schema's. Daarnaast probeert men veranderingen aan te brengen in de schema-gestuurde rigide gedragspatronen naar een meer flexibele opstelling, waar ook minder hoge normen en minder hard streven aanvaard worden (Schacht & Peeters, 2000). Typerend hierbij is dat ervaringen tijdens de therapie (bijv. op tijd komen, en beschikbaarheid van de therapeut buiten de sessies) alsook de therapeutische relatie zelf aangewend worden als instrument om schema's te ontlocken en bij te sturen.

Ook in de cliëntgericht-experiëntiële behandelingsvorm van Stinckens (2001) wordt de nadruk gelegd op de therapeutische relatie als werkingsinstrument om disfunctionele interactiepatronen te veranderen en positieve interpersoonlijke ervaringen op te bouwen (Stinckens, 2008). Stinckens (2001) suggereert dat CBT bij perfectionisten moeilijk kan lopen omdat het uitdagen van cognities en schema's bij perfectionistische patiënten (en bij perfectionistische eetstoornispatiënten in het bijzonder) gehinderd kan worden door de 'innerlijke criticus'. De innerlijke criticus wordt gedefinieerd als "een geïntegreerd systeem van kritische en negatieve gedachten en attitudes ten aanzien van het zelf, dat werd opgedrongen van buitenaf en afgesneden is van de organismische belevingen en lichamelijke gewaarwordingen van een persoon" (zie Stinckens, 2001). Deze geïntrojecteerde criticus vindt zijn oorsprong voornamelijk in een opvoedingscontext waar ouders expliciet en impliciet kritisch, intrusief, controlerend en veeleisend waren (zie ook Hamachek, 1978) en uit zich in een kritische en negatieve zelfevaluatie die zich ook manifesteert in interpersoonlijke relaties. Een mogelijk mechanisme ter bescherming van het gevoel van eigenwaarde is 'compenseren', waarbij men zichzelf een ijzeren discipline, strakke zelfcontrole en planning oplegt. Bij eetstoornispatiënten reflecteert deze compensatie zich in het controleren van eetgedrag en gewicht via gewichtscntrole (bijv. restrictie, braken), om zo een gevoel van controle te krijgen over de eigen belevingswereld. Therapeutisch worden een aantal taken onderscheiden. Een eerste taak voor de therapeut en patiënt is het identificeren van de innerlijke kritische en normerende stem, om ze vervolgens te externaliseren of dieper te exploreren. Vervolgens

staat men stil bij de door de innerlijke criticus onderdrukte gevoelens, en probeert men gevoelsmatig opnieuw contact te krijgen met de innerlijke belevingswereld (Stinckens, 2008).

Ook vanuit andere invalshoeken wordt de negatieve impact van perfectionisme op therapeutische vooruitgang erkend. De onderzoeksgroep van Blatt en collega's classificeerden, vanuit een psychoanalytisch georiënteerd denkkader, perfectionisme onder de noemer van 'introjective psychopathologies' (Blatt & Zuroff, 2005). Deze patiënten worden gekenmerkt door een overdreven focus op het zelf, een sterke bezorgdheid en gerichtheid op het ontwikkelen, onderhouden, en beschermen van hun zelf-controle en zelfwaarde, ten koste van hun interpersoonlijke relaties en dus ook hun therapeutische relatie (Shahar, Blatt, Zuroff, Krupnick, & Sotsky, 2004). Deze patiënten blijken vooral responsief te zijn op een langdurige, intensieve, en inzichtgeoriënteerde behandeling ('patiënt-by-treatment interaction'; Blatt & Zuroff, 2005; Flett & Hewitt, 2008). Perfectionisten blijken daarentegen minderbaat te hebben bij een behandeling met een vast aantal opgelegde sessies waar inspraak minimaal is en beslissingen unilateraal genomen worden door de therapeut (Blatt & Zuroff, 1992).

Besluitend kunnen we stellen dat in de huidige behandelingsmodaliteiten relatief weinig aandacht gaat naar het onderscheid tussen adaptief versus maladaptief perfectionisme en dat behandeling zich integendeel vrijwel uitsluitend richt op uitingen van maladaptief perfectionisme. Uit ons conceptueel en empirisch overzicht blijkt dat toekomstig onderzoek zich verder dient te richten op de vraag of en hoe adaptief perfectionisme (d.i. hoge standaarden) ook een factor is in de instandhouding en behandeling van eetstoornissen. Indien adaptief perfectionisme minder of niet geassocieerd is met eetstoornissen, zou dit impliceren dat het uitdagen van hoge standaarden minder primair is in de behandeling dan het reduceren van de negatieve zelf-evaluaties of zelf-kritische houding (Stinckens, 2008).

Conclusie

In dit artikel brachten we een conceptueel en empirisch overzicht van de relatie perfectionisme-eetstoornissen. Onderzoek toont aan dat de associatie tussen maladaptief perfectionisme en eetstoornissen zeer sterk is, terwijl de associatie met adaptief

perfectionisme minder uitgesproken, maar wel aanwezig, blijkt. Huidig onderzoek dat het multidimensionaal karakter van perfectionisme onderkent, kampt echter met een aantal essentiële tekortkomingen en inconsistenties die we kort hebben belicht. In toekomstig onderzoek is het belangrijk om een zuivere operationalisering te hanteren die dicht aansluit bij de conceptualisering van verschillende componenten van perfectionisme. Verder zou toekomstig onderzoek gebaat zijn bij meer complexe onderzoeksdesigns (bijvoorbeeld longitudinaal en experimenteel) en statistische technieken (bijvoorbeeld cluster-analyse). Dit toekomstig onderzoek is nodig om een duidelijker beeld te geven van de relatieve bijdrage van adaptief perfectionisme (d.i., het stellen van hoge standaarden) en maladaptief perfectionisme (d.i., zelfkritiek en negatieve zelfevaluaties) tot de voorspelling van eetstoornissymptomen en therapieverloop en –resultaat. Dit onderzoek kan helpen uitwijzen of de behandeling van perfectionisme zich vrijwel uitsluitend dient te richten op het reduceren van negatieve zelfevaluaties (zoals in de huidige praktijk grotendeels het geval is), dan wel of het therapeutisch ook van belang is om de hoge persoonlijke standaarden van eetstoornispatiënten uit te dagen of zelfs te reduceren.

Referenties

- Amster, B. J., & Klein, E. R. (2008). Perfectionism in people who stutter: Preliminary finding using a modified cognitive-behavioral treatment approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 35-40.
- Bardone-Cone, A. M., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., et al. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology*, 27, 384-405.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T. E., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 147–152.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Bizeul, C., Brun, J. M., & Rigaud, D. (2003). Depression influences the EDI scores in anorexia nervosa patients. *European Psychiatry*, 18, 119-123.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychological Review*, 12, 527-562.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459-486.
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C., & Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation to eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 686-691.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160, 366–368.
- Burns, D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November, 34–52.
- DiBartolo, P. M., Frost, R. O., Chang, P., LaSota, M., & Grills (2004). Shedding light on the relationship between personal standards and psychopathology: the case for contingent self-worth. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 241-254.

- DiBartolo, P. M., Frost, R. O., Dixon, A., & Almodovar, S. (2001). Can cognitive restructuring reduce the disruption associated with perfectionistic concerns? *Behavior Therapy, 32*, 167-184.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002,2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy, 44*, 63-84.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: A critical analysis. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 33–62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guildford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Phil, K. B., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry, 166*, 311-319.
- Ferguson, K. L., & Rodway, M. R. (1994). Cognitive behavioral treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Research on Social Work Practice, 4*, 283-308.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5-13). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2008). Treatment interventions for perfectionism – A cognitive perspective: Introduction to the special issue. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy, 26*, 127-133.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119–126.

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The development of perfectionism: A study of daughters and their parents. *Cognitive Therapy and Research, 15*, 245-261.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 15–34.
- Goldner, E. M., Cockell, & Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and eating disorders. In G. L. Flett, & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: research, theory and treatment* (pp.319-340). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenspon, T.S. (2000). “Healthy perfectionism” is an oxymoron! Reflections on the psychology of perfectionism and the sociology of science. *The Journal of Secondary Gifted Education, 11*, 197–208.
- Halmi, K. A., Sunday, S. P., Stober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichler, M., et al. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: Variation by clinical subtype, obsessiveness, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry, 157*, 1799–1805.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: a Journal of Human Behavior, 15*, 27–33.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456–470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. (2008). Perfectionistic self-presentation and treatment-related issues. *International Journal of Psychology, 43*, 24-24.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*, 19–65.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D., et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls – A 3-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders, 16*, 227-238.

- Lilenfeld, L. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., et al. (2000). Personality traits among currently eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30, 1399–1410.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Pike, K. M., Hilbert, A., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., et al. (2008). Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study, *Psychological Medicine*, 38, 1443-1453.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304-314.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., Shafran, R. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2221-2231.
- Riley, C., & Shafran, R. (2005). Clinical perfectionism: A preliminary qualitative analysis. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 369–374.
- Schacht, R., & Peeters, R. (2000). *Schemagerichte therapie voor moeilijke mensen: Een nieuwe uitdaging voor de cognitieve gedragstherapie*. Leuven-Appeldoorn: Garant.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R., Lee, M., Payne, E., & Fairburn, C. G. (2006). The impact of manipulating personal standards on eating attitudes and behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 897-906.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Krupnick, J. L., & Sotsky, S. M. (2004). Perfectionism impedes social relations and response to brief treatment for depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 140-154.

- Slaney, R. B., Rice, K. G., Mobley, M., Trippi, J., & Ashby, J. S. (2001). The revised almost perfect scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 130-145.
- Soenens, B., Nevelsteen, W., & Vandereycken, W. (2007). De betekenis van perfectionisme bij eetstoornissen: Een vergelijkend onderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 49, 709-718.
- Soenens, B., Vansteenkiste, M., Vandereycken, W., Luyten, P., Sierens, E., & Goossens, L. (2008). Perceived parental control and eating disordered symptoms: Maladaptive perfectionism as a positive intervening variable. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 144-152.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825-848.
- Stinckens, N. (2001). *Werken met de innerlijke criticus. Gerichte empirische verkenning van een cliëntgerichtexperimentiële microtheorie*. Doctoraatsverhandeling, K.U. Leuven.
- Stinckens, N. (2008). Werken met de innerlijke criticus: Microtheorie van een procestaak. In Handboek voor gesprekstherapie. In G. Lietaer, G. Vanaerschot, J. A. Snijders & R. J. Takens, *Handboek gesprekstherapie* (pp. 433-456). Utrecht: De Tijdstroom.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed.). Sarasota, FL: Professional Resources Press.